



**California Conservation Corps
Watershed Stewards Program
in partnership with AmeriCorps**
Documento de liberación de
responsabilidad - Adultos



NOMBRE DE LA CUENCA _____ **UBICACIÓN** _____

CORPSMEMBER(S) DE WSP _____ **FECHA** _____

LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD Y DE PUBLICIDAD: Al firmar abajo, libero de toda responsabilidad al Programa de Administradores de Cuenca (WSP), al Cuerpo de Conservación de California (CCC) y a AmeriCorps de cualquier daño o lesión a mi persona o propiedad personal que resulte de mi participación en esta actividad voluntaria. Entiendo que mi participación en cualquier actividad es completamente voluntaria. Soy responsable de mi propia seguridad y bienestar. También soy responsable de la obtención de toda información de seguridad relacionada con cualquier actividad en la que participo. Al firmar abajo, autorizo al WSP y al CCC a utilizar fotografías u otra publicación con el único y explícito propósito de la publicidad y documentación. Estoy de acuerdo que, mientras soy transportado en vehículos operados por o de la propiedad de WSP o CCC, conformaré a todos los procedimientos, las reglas, los reglamentos, las directivas y las instrucciones federales y estatales y las políticas del CCC. Esto incluye, pero no se limita a, el uso correcto de cinturones de seguridad y no extender extremidades del cuerpo o lanzar objetos adentro de o afuera del vehículo. Estoy de acuerdo de eximir al CCC y al WSP de cualquier lesión o daño sufrido mientras soy transportado en dichos vehículos, a menos que sea encontrado por un tribunal de justicia que lo dicho fue causado por la negligencia de un empleado del CCC o del WSP.

INFORMACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA: Si tiene alergias o condiciones médicas, por favor infórmele al coordinador del sitio en caso de emergencia.

Escribe su nombre claramente:												¿Ha participado en un evento de servicio voluntario con WSP desde el primero de octubre, 2018?																																			
<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>																																				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____											
Firma:						Nombre de su contacto de emergencia:						Teléfono del contacto de emergencia:																																			

Escribe su nombre claramente:												¿Ha participado en un evento de servicio voluntario con WSP desde el primero de octubre, 2018?																																			
<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>																																				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____											
Firma:						Nombre de su contacto de emergencia:						Teléfono del contacto de emergencia:																																			

Escribe su nombre claramente:												¿Ha participado en un evento de servicio voluntario con WSP desde el primero de octubre, 2018?																																			
<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>																																				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____											
Firma:						Nombre de su contacto de emergencia:						Teléfono del contacto de emergencia:																																			



**California Conservation Corps
Watershed Stewards Program
in partnership with AmeriCorps**
Documento de liberación de
responsabilidad - Adultos



NOMBRE DE LA CUENCA _____ **UBICACIÓN** _____

CORPSMEMBER(S) DE WSP _____ **FECHA** _____

LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD Y DE PUBLICIDAD: Al firmar abajo, libero de toda responsabilidad al Programa de Administradores de Cuenca (WSP), al Cuerpo de Conservación de California (CCC) y a AmeriCorps de cualquier daño o lesión a mi persona o propiedad personal que resulte de mi participación en esta actividad voluntaria. Entiendo que mi participación en cualquier actividad es completamente voluntaria. Soy responsable de mi propia seguridad y bienestar. También soy responsable de la obtención de toda información de seguridad relacionada con cualquier actividad en la que participo. Al firmar abajo, autorizo al WSP y al CCC a utilizar fotografías u otra publicación con el único y explícito propósito de la publicidad y documentación. Estoy de acuerdo que, mientras soy transportado en vehículos operados por o de la propiedad de WSP o CCC, conformaré a todos los procedimientos, las reglas, los reglamentos, las directivas y las instrucciones federales y estatales y las políticas del CCC. Esto incluye, pero no se limita a, el uso correcto de cinturones de seguridad y no extender extremidades del cuerpo o lanzar objetos adentro de o afuera del vehículo. Estoy de acuerdo de eximir al CCC y al WSP de cualquier lesión o daño sufrido mientras soy transportado en dichos vehículos, a menos que sea encontrado por un tribunal de justicia que lo dicho fue causado por la negligencia de un empleado del CCC o del WSP.

INFORMACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA: Si tiene alergias o condiciones médicas, por favor infórmele al coordinador del sitio en caso de emergencia.

Escribe su nombre claramente:												¿Ha participado en un evento de servicio voluntario con WSP desde el primero de octubre, 2018?																							
<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>																								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____											
Firma:						Nombre de su contacto de emergencia:						Teléfono del contacto de emergencia:																							

Escribe su nombre claramente:												¿Ha participado en un evento de servicio voluntario con WSP desde el primero de octubre, 2018?																							
<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>																								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____											
Firma:						Nombre de su contacto de emergencia:						Teléfono del contacto de emergencia:																							

Escribe su nombre claramente:												¿Ha participado en un evento de servicio voluntario con WSP desde el primero de octubre, 2018?																							
<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>																								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____											
Firma:						Nombre de su contacto de emergencia:						Teléfono del contacto de emergencia:																							